

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

201

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FAITS CLINIQUES

pour servir à l'Etude des

ERYTHÈMES SCARLATINIFORMES

au cours de la Puerpéralité

PAR

Emile Charles LE MARCHAND

Président : M. BRINDEAU, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

02

207

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FAITS CLINIQUES

pour servir à l'Étude des

ERYTHÈMES SCARLATINIFORMES

au cours de la Puerpéralité

PAR

Emile Charles LE MARCHAND

Président : M. BRINDEAU, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LETULLE
Anatomie pathologique	PRENANT
Histologie	DUVAL
Opérations et appareils	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale	CARNOT
Thérapeutique	BERNARD
Hygiène	BALTHAZARD
Médecine légale	MENÉTRIÉR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié

En remerciement très respectueux
pour l'honneur qu'il veut bien
nous faire en présidant notre
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAUDESCALE

Chef de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

En reconnaissance de sa si gra-
cieuse et bienveillante collabo-
ration.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Dans sa thèse de Lyon, 1909, BERNARD attribue à WELSH, en 1655, la première description de scarlatine puerpérale.

En 1779, GASTELIER décrivit sous le nom de *suette miliaire puerpérale* une éruption considérée aujourd'hui comme rentrant dans le cadre de la scarlatine.

Sans parler des épidémies de Francfort et de Berne, Malfatti, en 1800, nous parle d'une *épidémie miliaire* du « *post-partum* », survenue à Vienne, avec un caractère particulièrement pernicieux.

« Le premier jour après l'accouchement », nous dit-il, « rien de particulier à signaler. Puis, brusquement, dans le courant du deuxième, parfois du sixième ou du septième jour, les nouvelles accouchées étaient prises de frissons, céphalée, bourdonnements d'oreilles, suivis de malaise général et de chaleur à la peau. Pouls rapide et faible ; cou et face rouges, surtout au niveau des paupières ; souvent larmoiement. Parfois survenait une toux sèche, mais fort rarement il y avait angine. Pas de dysphagie. Légère douleur à la pression de l'utérus, mais

en somme ventre souple et indolore. Lochies parfois fé-
tides, parfois conservant leurs caractères habituels.

« Dans les cas qui survenaient le troisième jour, la se-
crétion lactée se trouvait diminuée ; les seins étaient dou-
loureux, ce qui tendait à faire croire au début à une
fièvre de lait.

« La nuit suivante était tranquille. Le lendemain, vers
le soir, la rougeur du visage se fonçait et s'étendait à
toute la poitrine.

« Puis il y avait accentuation de la toux et du malaise
général sans angine ; pouls rapide et tendu ; peau hu-
mide. La nuit, insomnie, hyperthermie, accentuation
de l'éruption. Polydypsie sans sécheresse de la langue.

« Le matin, la température baissait, les lochies conti-
nuaient, l'exanthème s'effaçait, mais, vers le soir, se
fonçait beaucoup plus que la veille, envahissant les
membres. Augmentation de la température, de l'inquié-
tude et de l'agitation. Cependant l'utérus restait nor-
mal.

« A la nuit, les phénomènes s'accroissaient. Le pouls
montait à 110 ou 120 pulsations.

« C'est dans cet état, que les parturientes atteignaient
la fin du troisième, du quatrième ou tout au plus du
cinquième jour. Les malades avaient une sensation de
froid, du délire ou quelques convulsions ; pouls irrégu-
lier et faible ; refroidissement des membres ; mort au
bout de deux heures. »

Plus tard, SEEN, en 1824, décrivit une épidémie ayant

sévi sur la Maternité de Paris, et dont la transmission aux élèves sages-femmes établit la contagiosité.

« Les femmes grosses », dit-il, « restaient généralement indemnes ; mais, trente-six à quarante-huit heures après leur délivrance, l'éruption scarlatineuse se manifestait et, en quelques jours, les malades étaient enlevées. »

« Il arrive », nous dit d'autre part TROUSSEAU, parlant de ces éruptions scarlatiniformes, « que les femmes succombent, soit par excès de troubles nerveux, soit avec des phlegmasies des membranes séreuses, passant rapidement à la suppuration. »

Jusqu'en 1876, les idées de Malfatti, admises en France, furent combattues en Allemagne.

HELM prétendit que les cas de Malfatti n'étaient pas du tout des scarlatines, mais bien plutôt une variété d'affection puerpérale. Cette affection, d'après lui, se voyait seulement dans les maternités infectées par la fièvre puerpérale, et, de plus, le décèlement de la moindre cause de contagion était très difficile, sinon impossible.

Cette opinion est celle soutenue par SCHRAEDER, dans son *Traité d'Accouchements*. Il dit :

« Une confusion analogue existe très souvent entre la scarlatine vraie et les exanthèmes scarlatiniformes, qui se rencontrent dans la fièvre puerpérale. Bien qu'il soit incontestable que les accouchées puissent contracter une scarlatine vraie par contagion, ces accouchées ne sont en aucune façon prédisposées à être infectées par ce virus ; de sorte que la majorité des cas décrits comme

scarlatines puerpérales à formes graves, avec idermite érythémateuse répandue par plaques, doit être considérée comme des cas de fièvre puerpérale avec cette complication du côté de la peau. »

En 1862, GUÉNIOT, dans sa thèse, nous parle d'une *scarlatinoïde*, qu'il sépare nettement de la scarlatine. Pour lui :

Les phénomènes d'invasion, souvent intenses dans la scarlatine, seraient ordinairement légers dans la scarlatinoïde.

Si, dans la première, l'éruption affecte surtout les régions à peau fine (aisselles, aines, face interne des membres), elle serait indifférente dans la seconde.

Dans la scarlatine, éruption fréquente aux visage, mains, pieds ; ne s'y rencontre presque jamais dans la scarlatinoïde.

Dans l'une, tuméfaction à peu près constante des visage, pieds, mains ; dans l'autre, jamais.

Chaleur et sécheresse de la peau souvent très grandes dans la scarlatine. Chaleur modérée, sécheresse nulle ou peu intense dans la scarlatinoïde.

Pouls très fréquent dans la première, modéré dans la seconde.

Dans l'une, angine avec tuméfaction assez considérable des amygdales et du voile, exsudation blanche caséiforme. Dans l'autre, angine très légère, pas d'exsudation.

D'un côté, ganglions sous-maxillaires souvent tuméfiés et douloureux. De l'autre, pas de douleurs, pas de tuméfaction.

Dans la scarlatine, langue rouge et à la pointe et sur les bords, puis dépouillée et hérissée de papilles ; dans la scarlatinoïde, jamais de rougeur ni de desquamation notables de la langue.

Desquamation épidermique en lambeaux dans la scarlatine, furfuracée dans la scarlatinoïde.

L'une comporte un pronostic grave ; souvent mortelle, présente de fréquentes complications. L'autre a un pronostic bénin ; rarement mortelle, n'a que rarement des complications.

Les accidents de la période de décroissance, assez communs dans la scarlatine, n'existent pas dans l'autre.

Enfin, tandis que la scarlatine se perpétue par contagion, rarement spontanée, cette spontanéité semble de règle dans la scarlatinoïde.

En 1866, MAC CLINTOCK, en Irlande, signale la *rareté de la scarlatine puerpérale*.

En 1867, HERVIEUX se montre partisan de l'*origine scarlatineuse de l'affection*.

« On doit penser », dit-il, « que beaucoup de faits de scarlatine, survenus pendant la grossesse, ont dû échapper, parce que la maladie a donné lieu à l'accouchement prématuré ; et on ne voit dans ce cas qu'une scarlatine développée après l'accouchement alors qu'il s'agissait d'une scarlatine *ante partum*. »

En 1868, HARDY, en Irlande, soutient l'opinion de MAC CLINTOCK. « Les nouvelles accouchées n'ont pas plus de prédisposition que d'autres à contracter la scarlatine. »

En 1871, BRAXTON HICKS, en Angleterre, se déclare

uniciste : « Il semble que la scarlatine soit à la tête des facteurs morbides. »

En 1876, OLHAUSEN, en Allemagne, reprend les *arguments* de BRAXTON HICKS.

En 1877, LESAGE, dans sa thèse, nous dit :

« Bien qu'il n'existe pas, pendant la grossesse, d'immunité absolue pour la scarlatine, celle-ci est très rare dans cet état physiologique. *Il est exceptionnel de la voir se déclarer avant l'accouchement.* »

En 1880, DOLÈRIS, écrit :

« La scarlatine se distingue par ses symptômes propres. » Puis, après avoir parlé de la possibilité de l'extériorisation de l'infection septique, il ajoute : « Pour ce qui est des *scarlatines vraies*, elles sont *toujours identiques à la scarlatine franche.* »

En 1881, RAYMOND, dans sa thèse d'agrégation, se montre *partisan de l'origine scarlatineuse.*

La même année, LEGENDRE, dans sa thèse, apporte de nouveaux faits à l'appui de la démonstration de la scarlatine survenant après l'accouchement.

En 1884, SIREDEY, écrit :

« Nous ne prétendons pas rattacher à la scarlatine toutes les éruptions de la puerpéralité ; mais nous pensons volontiers qu'un grand nombre de ces éruptions appartiennent réellement à des scarlatines inconnues.

« Dans certains cas, la scarlatine est absolument régulière. Dans d'autre cas, elle est plus vague ; mais si l'on suit attentivement la marche de la maladie, on par-

vient toujours à rencontrer des phénomènes caractéristiques, à un moment donné de son évolution.

« *Si beaucoup d'auteurs ont méconnu la scarlatine vraie, c'est qu'ils ont oublié les formes frustes qu'elle revêt parfois.* »

Et il ajoute : « Nous ne considérons nullement la scarlatine comme une manifestation du poison puerpéral ; mais nous pensons qu'il est possible, que l'état puerpéral mette les femmes dans des conditions particulières de réceptivité. En résumé, nous considérons la *scarlatine* comme une *cause très fréquente des éruptions de la puerpéralité* : tantôt franche, normale, tantôt funeste, plus ou moins irrégulière. Pour nous, elle n'est pas plus l'effet que la cause des accidents graves de l'infection puerpérale, qui peuvent coïncider avec elle. »

En 1885, CORRE s'exprime ainsi :

« Pour la transmission des poisons de l'érysipèle et de la scarlatine, il ne saurait être question d'une impression locale primitive et primitivement exclusive. Alors même qu'on parle d'érysipèle utérin, on reconnaît une maladie générale et générale d'emblée. »

Pour lui, il y aurait *évolution simultanée des deux affections*, sous forme d'une *pyrexie mixte*, l'intensité des phénomènes puerpéraux pouvant masquer l'autre maladie.

En 1888, MEYER et BOXAL, dans une communication sur la fièvre puerpérale, se montrent partisans de l'*origine scarlatineuse*.

La même année, MACKNESS, en Ecosse, soutient l'opinion de GUÉNIOT.

Et TARNIER écrit : « Que l'opinion d'HERVIEUX soit exacte ou non, il n'en est pas moins vrai, que la femme, exposée à contracter la scarlatine pendant toute la grossesse, la verrait rarement éclater avant le huitième ou neuvième mois. »

En 1890, RENVERS écrit : « Bien que l'étude attentive des faits, publiés jusqu'à ce jour, m'ait amené à partager l'opinion d'OLHAUSEN, je ne peux, en me rappelant mes observations personnelles, me défendre de croire que des *cas d'érythème scarlatiniforme* survenant pendant les suites de couches, n'ont rien à faire avec la scarlatine, et ne sont que l'expression de l'infection septique. »

En 1891, DURAND, tout en se déclarant *polygéniste*, fait remarquer la grande *analogie*, qui existe entre la *scarlatine vraie* et les *érythèmes scarlatiniformes*.

WURTZ, de son côté, met en lumière ce fait, que, depuis l'application des méthodes antiseptiques, la scarlatine puerpérale est devenue une rareté.

En 1894, Charles VINAY écrit :

« S'il est vrai que la scarlatine franche existe bien réellement chez les femmes en couches, et qu'elle doive être distinguée des érythèmes scarlatiniformes septicémiques, il faut convenir, que la distinction n'est pas toujours complète et absolue, parce que la scarlatine peut, non seulement coïncider avec des complications septiques, mais, semblable en cela à d'autres maladies

infectieuses, en favoriser l'éclosion. Fréquemment la scarlatine se complique de lésions utérines. »

Il rappelle que BABÈS a trouvé, dans le rein scarlatineux, des *cocci* en chaînettes, semblables à ceux de l'érysipèle, et dans lesquels il voit l'agent de l'infection puerpérale coïncidant avec la scarlatine.

Et il ajoute : « Apparition rapide de l'éruption, de coloration intense, présentant un pointillé sur fond érythémateux, avec points ecchymotiques, ayant sa localisation initiale sur les parties antérieures du tronc, respectant les organes génitaux, tel serait le tableau de la scarlatine vraie. Au contraire, éruption survenant tardivement, vers le cinquième ou sixième jour, avec début par le bas-ventre et propagation aux membres inférieurs, signifierait « éruption septique. »

En 1895, BERGÉ soutient *l'unité de la scarlatine vraie et de la scarlatine puerpérale*.

En 1901, NOTIN, dans *Scarlatine et Streptococcie*, écrit : « Le streptocoque a été trouvé dans tous les accidents secondaires de la scarlatine.

« Il peut simuler la scarlatine.

« Il ne peut cependant en reproduire tous les symptômes. Et la scarlatine doit rester une entité morbide bien définie, pouvant évoluer sans traces de septicémie. »

De tout ce qui précède, il semble ressortir, qu'à côté de la scarlatine vraie, évoluant chez une nouvelle accou-

chée avec ses symptômes propres, sans trace d'infection puerpérale, il y ait des scarlatines se développant simultanément avec l'infection puerpérale, et que ce soit à cette catégorie, qu'il faille rattacher les cas de la statistique si décourageante d'OLHAÜSEN. En effet, sur 111 cas, nous y voyons :

Du 1 ^{er} au 2 ^e jour	62 cas	35 décès	58 %
le 3 ^e jour	27 cas	14 décès	51 %
après le 3 ^e jour	22 cas	3 décès	13,8 %

La statistique de CHARLES, de Liège, est, au contraire, très rassurante. Il montre que l'ère de l'antisepsie a réduit à la fois le nombre et la gravité de ces érythèmes scarlatiniformes de la puerpéralité.

Puis, nous aurions des érythèmes scarlatiniformes, n'ayant aucun rapport avec la scarlatine, très irréguliers dans leur marche et leur systématisation, coïncidant le plus souvent avec les formes graves de l'infection puerpérale et donnant par suite le maximum de mortalité.

Enfin, nous aurions des érythèmes scarlatiniformes, d'origine thérapeutique externe ou interne, absolument indépendants de toute manifestation infectieuse, et dont l'inconstance, le polymorphisme et la systématisation, joints à un interrogatoire minutieux de la malade et de son entourage, permettent le plus souvent d'établir l'étiologie.

La statistique de BERNARD, relative à dix-huit cas, rap-

portés dans sa thèse, nous paraît suffisamment concluante :

	Nombre de cas	Morts
Scarlatine vraie	7	0
Erythèmes scarlatineux	9	4
Erythèmes médicamenteux	2	0

Les érythèmes scarlatiniformes représenteraient donc environ la moitié des cas avec une mortalité de 50 % environ.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme H..., *accouchée à terme* et délivrée en ville le 14 octobre 1920, entre à la clinique Tarnier, le 18.

A l'entrée : *T.* : 40° ; *P.* : 140 ; *éruption scarlatiniforme* ; *lochies fétides*. Examen vaginal : *col gros, mou, ouvert* ; en avant : *placard de fausses membranes grisâtres, parsemé de petits cratères*. *Urines sans albumine*, mais contenant de nombreux cylindres. On fait 500 grammes de sérum de WEINBERG ; on donne XL gouttes d'adrénaline ; on fait de l'huile camphrée. Le 19 octobre : *hémoculture : négative* — *lochies : streptocoque*. Examen du sang : *g. r.* = 3.164.000 ; *g. b.* = 33.482.

Formule leucocytaire :

Polyn. : neutro 66 ; monon. : gds. 4.

Polyn : baso 0 ; monon. : moy. 12.

Polyn. : éosino 0 ; monon. : lymph. 18.

Le 20 octobre, on renouvelle le traitement ; on ajoute 20 cm³ de sérum antidiphtérique, et du sérum glucosé. Sous l'influence du traitement, la température tombe (38° le 20 au soir), mais le pouls reste rapide et l'état semble sérieux. On fait un abcès de fixation.

Le 21 octobre : la malade urine peu ; elle a 0 gr. 50 d'albumine par litre ; lochies toujours purulentes.

Le 22 octobre, on continue le traitement ; on fait 40 cm³ de sérum antistreptococcique. Eruption à peu près généralisée, sauf au niveau de la face ; particulièrement marquée au niveau des plis cutanés de flexion ; langue blanche, rouge sur les bords.

Le 24 octobre : matité dépassant, à droite, le sternum, d'un travers de doigt, et s'étendant à gauche jusqu'au sillon axillaire. Souffle au premier bruit du cœur. L'albumine augmente.

Les jours suivants, on continue le traitement par les sérums antistreptococcique et glucosé, et on met des ventouses.

Le 30 octobre : on envoie la malade à Claude-Bernard.

Le 2 novembre, à l'examen : éruption disparue, peau sèche ; langue rouge, un peu rôtie ; rien au poumon ; petite ulcération de la vulve ; foie abaissé, $7 \frac{1}{2} \times 11$, dépassant légèrement le rebord costal ; rate : $14 \times 9 \frac{1}{2}$.

Le 3 novembre : on incise l'abcès de fixation.

Cœur : tachycardie, bruits un peu sourds ; tension à d. au Potain : 7 ; pouls : 100 ; T. : 38°.

Le 4 novembre : les pertes diminuent ; l'après-midi : petite crise nerveuse sans perte de connaissance ; propos incohérents, conscients, mais indépendants de la volonté. Ventre ballonné et hypersonore ; utérus rétracté ; desquamation en petites lamelles.

Le 10 novembre : la tension tombe à $6 \frac{1}{2}$.

Le 16 novembre : état général très satisfaisant ; malade mange bien et engraisse ; rate diminuée de volume ; escharre guérie ; abcès en voie de guérison.

Formule leucocytaire établie à C.-B. :

Mono : gds. 4 ; formes de transition = 2 ; poly : neutro - 54.

Mono : moy. 11 ; myélocytes neutrophiles = 2.

Mono : lymph. 11 ; myélocytes orthobaso = 5 ; poly : éosino - 11.

OBSERVATION II

Mme Hel... entre à la clinique le 22 octobre. *A de l'albumine.*

Le 23 octobre : l'analyse des urines montre le *coli-bacille en grande quantité.*

Du 2 au 4 novembre : la malade témoigne d'une *vive douleur dans le côté droit.*

Le 4 novembre, à 14 heures ; *grand frisson ; T. 40° ; P. 140 ;* diète hydrique.

Le 7 novembre : monte à l'*isolement pour pyélonéphrite.* A l'examen : ventre normalement gros pour une femme à 6 mois $\frac{1}{2}$; tête engagée ; point costo-vertébral très douloureux, surtout à droite ; phénomènes douloureux exagérés de ce côté. Capacité vésicale réduite, douleurs à la miction, pas d'hémorragies vésicales. Au toucher : commencement de dilatation ; bruits du cœur fœtal bons.

Le 8 novembre : *vomissements continuels.*

Le 9 novembre : prise de sang : g. r. 1.348.000 ; g. b. 31.100.

Formule leucocytaire :

Mono : gds. 2 ; poly ; neutro 63.

Mono : moy. 14 ; poly : basø 16.

Mono : lymph. 5 ; poly : éosino 0 .

Le 12 novembre : *arrêt des vomissements, qui reparaissent le 13 ;* démangeaisons intenses, surtout la nuit.

Examen du foie : point douloureux très net au niveau de la vésicule biliaire ; foie douloureux, *déborde le rebord costal ;* urines foncées : *coli-bacille, pigments biliaires* en grande quantité.

Le 16 novembre : teinte subictérique des conjonctives.

Le 24 novembre : *hémoculture négative.*

Le 6 décembre : la malade accouche au 7^e mois. Délivrance spontanée ; membranes déchirées.

Le 7 décembre : T. 37° matin ; 38°,6 soir ; urotropine 1 gr. ; lactobacilline.

Le 8 décembre : bronchite légère des deux sommets, surtout à droite ; les efforts de toux déterminent des douleurs du côté droit.

Le 14 décembre : *grand frisson, vomissements, diarrhée ; le soir, légère éruption rougeâtre.*

Le 16 décembre : *continuation des vomissements ; alb. = 0 gr. 40 ; éruption scarlatiniforme généralisée : face, thorax, tronc rouge vif ; légère desquamation furfuracée. Pas d'angine ; langue saburrale, très blanche.*

On l'envoie à Claude-Bernard.

Dans la nuit du 17 au 18 : *délire, hallucinations, la température reste élevée. T. 39°.*

Le 20 décembre : *ventre ballonné ; foie dépassant les fausses côtes ; rate imperceptible ; desquamation en larges plaques.*

Le 21 décembre : troubles psychiques disparus ; somnolence ; T. 39° ; *desquamation intense ; teint toujours subictérique ; malade toujours abattue ; pas de délire.*

Le 23 décembre : somnolence ; toux ; expectoration légère (trachéite) ; le teint jaune des téguments a beaucoup pâli ; *douleurs aux poignets et aux mains.*

Le 24 décembre : amélioration très nette ; chute de la température.

Le 27 décembre : téguments normaux ; très bon état général.

Le 31 décembre : part en convalescence.

OBSERVATION III

Mme L... entre à la Clinique le 16 décembre 1920. Bassin aplati et généralement rétréci ; grossesse près du terme ; pas d'albumine.

Entrée à la salle de travail le 10 janvier à 22 heures ; elle accouche le 12 à 22 h. 40' : siège décomplété, mode des fesses ; efforts expulsifs aidés d'expression abdominale ; *manœuvre de Mauriceau* sur tête dernière ; *épisiotomie* (2 catg., 4 crins) ; délivrance spontanée, offre à l'examen des *membranes déchirées*. Pendant cette longue période de travail, la température se maintient entre 37°,2 et 37°,7.

A l'isolement le 14 janvier, à 10 heures ; ventre légèrement ballonné, très douloureux ; abondantes ecchymoses sur toute la région sus-ombilicale (expression abdominale).

Anesthésie au chloroforme ; *écouvillonnage* : ramène de très nombreux débris de membranes ; injection iodée intra-utérine.

Le 17 janvier : ablation des fils ; pansement vaginal à la bouillie lactique.

Le 19 janvier : sein gauche un peu douloureux ; compresses chaudes. Dans la journée : *grand frisson*, se répète plusieurs fois ; la nuit : *délire*, *cauchemars* ; visage enflammé, soif très vive ; langue légèrement blanche, rouge sur les bords ; T. : 40°,6.

En même temps : éruption occupant d'abord le bas-ventre, près du pli de l'aîne, les cuisses et les fesses ; petites vésicules peu saillantes, par paquets de 2 à 5 sur fond érythémateux uniforme, rouge sans exagération.

Le 20 janvier : rémission des phénomènes hyperthermiques ; l'éruption s'est étendue à l'abdomen et aux jambes.

Le 21 janvier : la température se maintient basse ; légère desquamation *furfuracée*. Hémoculture : *streptocoque*.

Dans la nuit, la température remonte, pour atteindre à nouveau 40°,6, où elle se maintiendra 24 heures.

Le 23 janvier : *violente douleur du côté droit* ; ventouses scarifiées, lipovaccin, huile camphrée.

Le 25 janvier : *ponction exploratrice* : liquide : frottis : *streptocoque*.

Le 26 janvier : matité absolue à la partie moyenne et à la base du poumon droit ; submatité au sommet ; diminution des

vibrations thoraciques et obscurité respiratoire à la base ; souffle pleurétique à la partie moyenne. Sonorité normale du poumon gauche ; 40 cm³ sérum antistreptococcique ; petit nodule douloureux au sein gauche ; érythème disparu.

Le 27 janvier : aggravation de l'état général ; matité étendue aux 3/4 du poumon ; abolition complète des vibrations thoraciques sur toute l'étendue de la matité ; extrémités cyanosées ; pouls rapide et petit ; pointe du cœur déviée à gauche ; souffle respiratoire à la partie moyenne du poumon droit et remontant très haut.

On décide d'intervenir : anesthésie locale (novocaïne) ; incision sur la neuvième côte, au maximum de la matité ; on enlève un centimètre de côte ; la plèvre sous-jacente ne bombe pas ; on l'incise ; il s'écoule environ *un litre et demi de liquide citrin, contenant des fausses membranes* ; lavage au Dakin ; la malade a très bien supporté l'opération.

Médication : huile camphrée, spart. ; caféine ; strychnine ; sérum ; V gouttes de digitaline.

On répète le traitement les jours suivants. Le 1^{er} février, on fait en plus 1 cm³ de lipovaccin. L'état général demeure très mauvais, la fatigue très grande. *La malade succombe le 2 février, à 12 h. 45.*

OBSERVATION IV

Mme D..., primipare, *accouchée* chez elle, à terme, le 1^{er} janvier 1921, entre à la clinique le 5 janvier, pour une *éruption scarlatiniforme et une petite plaie vulvaire*, provoquée par l'accouchement et dont on ne s'est aperçu que deux jours plus tard. Elle était alors recouverte d'un *enduit grisâtre*. Dans la nuit du troisième au quatrième jour : *vomissements et température*. A l'entrée : *éruption rouge vif, étendue à tout l'abdomen, à la face, aux membres supérieurs et inférieurs ; lange rouge, en particulier au niveau de la pointe.*

Utérus gros, non douloureux ; culs-de-sacs libres ; pansement vaginal à la bouillie lactique.

Ensemencement des lochies = streptocoque ; frottis = streptocoque ; hémoculture = négative.

Le 8 janvier : commence à desquammer ; alb. = 0.

Envoyée à Claude-Bernard.

A l'entrée : *pas d'éruption appréciable ; desquamation de la face par lambeaux ; pas de lochies fétides ; état général bon ; langue propre, gorge normale. Petite plaie vulvaire, recouverte d'un enduit grisâtre ; pas de ganglions inguinaux.*

Le 9 janvier : poussée d'urticaire (poussées auxquelles elle est sujette) ; recrudescence de la desquamation. T. 39°,6.

Le 10 janvier : desquamation généralisée ; P. : 93 ; tension : 11 ; peu d'appétit ; rien au cœur ni au poumon ; pertes très légères ; *l'utérus remonte à 5 centimètres au-dessus de la symphyse.*

Le 12 janvier : T. 40°,2.

Le 14 janvier : *nouvel accès thermique sans autre symptôme que de la somnolence ; langue saburrale ; perd encore un peu en rouge ; pertes non fétides ; teint pâle.*

Du 14 au 20, fait *plusieurs poussées thermiques sans cause apparente, toujours très pâle ; perd toujours en rouge ; plaie en bonne voie de guérison.*

Formule leucocytaire :

Poly : neutro 68 ; mono : gds. 9.

Poly : éosino 1 ; mono : moy. 12.

Poly : baso 0 ; mono : lymph. 3.

Myélocytes : 7.

Le 21 janvier : sort sur sa demande. Très améliorée.

OBSERVATION V

Mme Del..., primipare, *accouchée chez une sage-femme, un peu avant terme, le 19 janvier 1921, entre à la Clinique le 28 janvier, pour une éruption scarlatiniforme apparue le ma-*

tin. L'accouchement a été normal ; les suites de couches également ; la femme a travaillé jusqu'à son accouchement.

La température, qui, depuis l'accouchement, s'était maintenue aux environs de 37°, *est montée à 38° le 28 au matin, 39° le soir.*

Le 29 janvier : examen de la malade :

L'état général semble satisfaisant ; la malade ne paraît pas fatiguée et répond bien aux questions qu'on lui pose.

Quand on découvre la malade, on est frappé par son éruption. Cette éruption, absente sur le visage, à peine marquée sur le cou et le haut de la poitrine, commence à devenir intense à la hauteur du mamelon, en avant, de l'épine de l'omoplate en arrière. A partir de ce niveau et jusqu'à la partie supérieure des cuisses, tout le bas du corps est couvert d'un placard rouge brique, sur lequel l'application de la main amène des zones d'ischémie. Sur le bas des cuisses et sur les épaules, l'éruption est moins intense, moins continue, plus punctiforme. Sur les bras : aucune éruption. Sur les avant-bras et les poignets : éruption discrète. La malade prétend ne pas avoir mal à la gorge. A l'examen, pas d'angine, rougeur légère sur les piliers du voile, langue très saburrale, lèvres fuligineuses, pas de stomatite, aucun ganglion sous-maxillaire.

N'a reçu que deux visites depuis son arrivée.

Du côté de l'abdomen : ventre dur, difficile à palper, absolument pas douloureux. On ne sent pas l'utérus, qui paraît descendre derrière la symphyse.

Lochies grisâtres, légèrement purulentes, un peu fétides. Au toucher rien de particulier.

Le 30 janvier : état général bon, gorge rouge sans exagération, bords de la langue rouges, face pâle. La rougeur du thorax et surtout du tronc a considérablement augmenté, particulièrement au niveau de la partie antérieure de l'abdomen. Dans toute cette région et jusqu'au sillon mammaire, on remarque de petites vésicules blanchâtres, très nombreuses, confluentes par endroits. Alb. = 0. Ni céphalée, ni rachial-

gie. *Ensemencement des lochies* = *streptocoque* ; *frottis des lochies* = *streptocoque* ; *hémoculture* = *streptocoque*.

Le 31 janvier : *augmentation de volume des vésicules*. La rougeur sous-jacente reste très vive, surtout sur l'abdomen et la région dorso-lombaire. Etat général bon.

Le 1^{er} février : même état général ; les vésicules s'affaissent ; la rougeur persiste ; langue rouge, framboisée ; pas de vomissements.

Le 2 février : état général bon ; diminution des rougeurs ; vésicules desséchées.

Au palper : *point douloureux dans la fosse iliaque droite* ; pas de céphalée.

Au toucher : *gaine hypogastrique empâtée*, à droite, ainsi que le *cul-de-sac postérieur*.

Le 3 février : état général identique ; l'érythème finit de disparaître ; la desquamation commence, surtout aux faces antérieures et postérieures du thorax ; au niveau des membres, le piqueté s'atténue. *Diarrhée* dans la nuit.

Examen du sang : g. r. 2.900.000 ; g. b. 12.960.

Le 4 février, à 14 heures : *ventre douloureux, dur, palpation difficile* ; douleurs intenses dans la fosse iliaque droite. T. : 39°,7 ; *diarrhée toute la nuit* (cataplasmes laudanisés) (a eu une crise d'appendicite, il y a trois ans, non opérée).

Le 5 février : *pendant la nuit, douleurs abdominales fréquentes, vomissements porracés*. A la visite : défense de la paroi ; ventre tendu, surtout à droite ; culs-de-sac légèrement tendus. Malade fatiguée ; P. : 100, bon.

Le 6 février : légère détente ; abdomen moins tendu, se défendant moins ; pas de vomissements. Au toucher : culs-de-sac légèrement tendus, surtout le postérieur ; T. : 38°,5 ; P. : 98 ; la desquamation continue par petites lamelles.

Le 9 février : *fait une pleurésie purulente*. On opère. *Streptocoque*.

Le 12 février : *en voie d'amélioration*.

DISCUSSION

Si nous considérons les cinq observations que nous venons de présenter, ce qui nous frappe tout d'abord, c'est ce fait intéressant que, sur cinq malades, toutes ont présenté quelque chose d'anormal :

Soit pendant la grossesse :

Alb. et pyélonéphrite : cas II.

Poussées d'urticaire : cas IV.

Crises gastro-intestinales, consécutives à une appendicite non opérée : cas V.

Soit pendant l'accouchement :

Ulcération vulvaire : cas I.

Rétention de membranes : cas II.

Présentation du siège, épisiotomie et rétention de membranes : cas III.

Plaies vulvaires : cas IV.

De plus, il est à noter que deux d'entre elles (cas II et V) ont accouché avant terme.

Il nous paraît rationnel d'admettre que, par suite de

ces circonstances, toutes ces femmes se soient trouvées en état de moindre résistance, et qu'il n'est pas autrement surprenant, que toutes aient présenté des suites de couches pathologiques. Même dans l'Observation V où l'accouchement et les suites de couches ont paru normaux, le fait que l'examen de la femme à son entrée à l'hôpital et dans les jours qui ont suivi, a montré un empâtement marqué au niveau du ligament large et des gaines hypogastriques, montre bien, que cette femme était sous le coup d'une forme particulière, localisée, d'infection puerpérale (phlegmon du ligament large ou phlébite des veines utérines).

La date de l'apparition de l'éruption, nous montre d'autre part, que cette apparition, *bien que relativement tardive* dans certains cas (III et V), n'a pas empêché *l'extrême gravité des accidents consécutifs*.

De plus, et ceci nous paraît un point de la plus haute importance, dans deux de nos observations (III et V) *l'hémoculture* a montré le *streptocoque* dans le sang de la malade. Or, bien que D'ESPINE et DE MARIGNAC aient prétendu avoir isolé du sang d'un scarlatineux un streptocoque qui présenterait des caractères propres, et que BABÈS ait trouvé de son côté le streptocoque dans le rein scarlatineux, ce point reste obscur, et la présence du streptocoque dans le sang des scarlatineux reste une chose contestée et non admise par la majorité des auteurs et mise par les autres sur le compte d'une infection secondaire.

En effet, la présence du *streptocoque* dans les compli-

cations secondaires de la scarlatine est un fait acquis. Pour certains (LÖFFER, HEUBNER et BARDT, FRAENKEL et FREUDENBERG, BABÈS, CROOKES RASKIN, WURTZ et BOURGES, DE MARIGNAC et D'ESPINE), on l'y rencontrerait *le plus souvent à l'état de pureté*.

Pour BAGINSKY, au contraire, il serait, *dans la majorité des cas, associé à d'autres cocci* (plus de 400 fois sur les 696 cas qu'il rapporte).

Quant à la *pleurésie*, elle est considérée par la plupart des auteurs (AUCHÉ, SURMONT, SANNÉ) comme une complication fréquente, relativement, des scarlatines graves, remarquable par la rapidité de sa formation et le volume considérable de son épanchement. Toutefois, *d'après SANNÉ, elle ne passerait à la suppuration que dans un cas sur treize*.

Or, *dans les cas III et V* nous rencontrons une *pleurésie purulente*, que l'examen a montré être une pleurésie à *streptocoque*, streptocoque qui n'a pas toujours été trouvé dans les complications pleurétiques de la scarlatine, et ces deux cas ont présenté d'emblée un caractère d'une gravité toute spéciale.

Si nous analysons maintenant chacune de nos observations, nous trouvons des arguments pour et contre l'unicité de l'éruption scarlatiniforme et de la scarlatine vraie.

Dans le cas I, *l'éruption est bien du type scarlatineux* : soudaine dans son apparition, hypertrophie du foie et de la rate, tachycardie, troubles nerveux, desquamation en lamelles, hémoculture négative. *Cependant il*

s'agit bien d'une malade infectée, présentant des phénomènes utérins, à la vérité légers, et des plaies vulvaires, qui suffisent à expliquer les signes d'infection puerpérale qu'elle a présentés avant son éruption. Ces phénomènes, du reste, ont peu tenu, et la malade, infectée légèrement, a guéri rapidement.

Dans le cas II, le tableau de la scarlatine vraie semble peut-être encore plus net ; prodromes accompagnant en général la scarlatine : frisson, vomissements, diarrhée, éruption caractéristique, hémoculture négative, hypertrophie du foie et de la rate, desquamation en larges plaques ; cependant, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'il s'agissait d'une femme atteinte de pyélonéphrite grave, dont l'état s'est plutôt amélioré après l'accouchement, comme c'est la règle en pareil cas, et, là encore, il nous semble que l'érythème scarlatiniforme ne peut être considéré, que comme un épiphénomène d'une infection, d'origine puerpérale, atténuée.

Dans le cas III, au contraire, tout semble être en faveur de l'infection puerpérale. En effet, il s'agit d'un accouchement difficile, ayant nécessité une petite intervention (épisiotomie) qui explique les accidents infectieux survenus rapidement. On note, en effet, dès le troisième jour, du ballonnement du ventre, de la douleur à la pression de l'utérus, des frissons et de la fièvre. L'éruption est elle-même atypique, localisée à la partie supérieure des membres inférieurs, comme si l'éruption s'était localisée à la périphérie du point de départ de l'infection. Enfin, ajoutons que, dans ce cas, l'hémoculture

a montré la présence du *streptocoque* dans le sang : les courbes de la température et du pouls ont bien été celles d'une infection puerpérale, jusqu'au moment où la pleurésie intercurrente, intense et à streptocoque, a emporté la malade.

Dans le cas IV, nous trouvons une femme, qui, elle aussi, a présenté des signes d'infection puerpérale légers, probablement consécutifs à des plaies vulvaires et vaginales. L'éruption, il est vrai, a bien les caractères d'une éruption scarlatineuse. Elle en a sa généralisation, mais elle est extrêmement fugace ; les urines ne présentent pas d'albumine. Enfin cette malade guérit rapidement, en même temps que ses plaies vulvaires se cicatrisent. Aucun phénomène général ne nous permet de considérer cette éruption comme une scarlatine franche.

L'interprétation du cas V nous paraît beaucoup plus difficile. Cette malade a été, en effet, suivie de près pendant ses suites de couches. A aucun moment, jusqu'au dixième jour, elle n'avait présenté de phénomènes, locaux ou généraux, permettant de penser, qu'elle était atteinte d'infection puerpérale. C'est au dixième jour, que, brusquement, l'éruption scarlatiniforme apparaît, d'emblée généralisée, présentant une intensité de coloration rappelant les scarlatines les plus franches. Vomissements, diarrhée, pas d'albumine.

Il semblerait donc *a priori*, qu'il s'agirait bien là d'une scarlatine survenue chez une femme récemment accouchée. Cependant, l'ensemencement des lochies montre qu'elles contiennent du *streptocoque*. Bien plus,

l'hémoculture montre également la présence du *streptocoque* dans le sang. Enfin, au palper, on trouve un point douloureux dans la fosse iliaque droite, et le toucher montre, que le ligament large de ce côté, et la gaine hypogastrique, sont le siège d'un empâtement marqué.

Ici encore, par conséquent, les apparences nous paraissent trompeuses, et il nous semble bien, qu'il s'agit encore d'une infection puerpérale, tardive dans son apparition, mais indubitable.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° *Dans tous les cas qu'il nous a été permis d'observer, l'érythème scarlatiniforme est apparu chez des femmes présentant des suites de couches pathologiques.*

2° *Dans plusieurs cas, l'éruption n'a présenté ni les caractères de généralisation, ni les prodromes, ni la desquamation caractéristique de la scarlatine vraie.*

3° *Dans les deux cas, où les symptômes semblent incliner le diagnostic vers la scarlatine vraie (II et V), par suite de l'intensité de l'éruption et des phénomènes généraux, l'existence d'une pyélonéphrite survenant chez la malade II et l'hémoculture positive chez la malade V, permettent d'admettre, qu'il s'agissait d'un érythème infectieux, n'ayant rien de commun avec la scarlatine. Rappelons que chez la malade III, également, l'hémoculture a été positive.*

4° *En conséquence, nous pensons que, dans l'état actuel de la question, il faut considérer ces éruptions érythémateuses, survenant dans les suites de couches, comme des manifestations de septicémie puerpérale plus ou moins intense.*

Vu par le Président de la Thèse :

BRINDEAU.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BERNARD. *Contribution à l'étude des érythèmes scarlati-
niformes dans les suites de couches.* Thèse,
Lyon, 1909.

TROUSSEAU. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1879.

HELM. *Oesterreiche Journal für practischen Aertze*, 1876.

GUÉNIOT. Thèse de Paris, 1902.

MAC CLINTOCK. *Dublin Medical Journal*, 1866.

BRAXTON HICKS. *Obstetrical Transactions of London*, 1871.

LESAGE. Thèse de Paris, 1877.

DOLÈRIS. *La Fièvre puerpérale*, 1880.

RAYMOND. Thèse d'agrégation, 1881.

SIREDEY. *Les maladies puerpérales*, 1884.

CORRE. *Manuel d'Accouch. et de Patho. puerp.*, 1885.

TARNIER. *Traité de l'art des Accouch.*, 1888.

RENVERS. *Zeitschrift für klinisch Medicine*, 1890.

DURAND. *Etude crit. et hist. sur la scarl. puerp.* Thèse,
Paris, 1891.

CH. VINAY. *Traité des maladies de la grossesse et des suites
de couches*, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Observations	19
Discussion	29
Conclusion	35
Bibliographie	37



